

Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Vertragskennzeichen

99773

*Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich

MUSTER

Ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen. Mir sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Datenschutzinformation bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt darüber umfassend informiert worden. Insbesondere meine sich daraus ergebenden Pflichten und die Teilnahmedauer sowie ggf. bestehende Fristen und Regelungen zur Beendigung der Teilnahme sind mir bekannt. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Auswertung zu. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den Teilnahmebedingungen aus der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie mit den Informationen zum Datenschutz ausdrücklich einverstanden. Für Mehrkosten, die durch nicht vertragskonformes Verhalten entstehen, kann ich haftbar gemacht werden. Meine Teilnahme ist freiwillig.

Vertragsarztstempel

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt und unterschrieben an die zuständige AOK-Direktion senden.

Datum / Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters*